ITEM 343 : ÉTAT CONFUSIONNEL

- Syndrome confusionnel = altération modérée de la vigilance entraînant une **désorganisation globale des fonctions cognitives et comportementales**, secondaire à une pathologie organique sous-jacente.
- Dysfonctionnement cérébral aigu grave responsable d'une augmentation de la morbimortalité dans l'année.
- Touche **0,5 %** de la population générale sur l'année et **> 50 %** de la population âgée hospitalisée ou en post-opératoire.
- Prise en charge urgente.
- Niveaux de conscience :
  - **Normal** : capable de focaliser, soutenir ou déplacer son attention
  - **Distractibilité** : fixation impossible de l'attention, mobilisée par tout nouveau stimulus
  - **Obnubilation** : répond et exécute les ordres avec lenteur
  - **État stuporeux** : réponses verbales ou gestuelles possibles aux stimuli extérieurs
  - **Coma** : réponses obtenues seulement par des stimuli nociceptifs

PHYSIO

Mal connu, plusieurs systèmes impliqués :
- **Déficit en acétylcholine** → troubles de la cognition et de l'attention.
- Rôle des **cytokines pro inflammatoires** (IL8, IGF1, IL10, IL1…) → **neurotoxicité** directe.
- **Diminution du métabolisme cérébral oxydatif.**
- **Élévation du cortisol** (stress aigu) → pourrait **précipiter et/ou pérenniser** le syndrome confusionnel.

DIAGNOSTIC (DSM5)

Diagnostic exclusivement clinique → DSM5 :
- A. Perturbation de **l'attention, de l'orientation** et de la **conscience** (réalisation de tests d'orientation temporo-spatiale pour s'en assurer).
- B. Installation sur un temps **court** et **changement** par rapport à **l'attention** et à la conscience préalable avec **fluctuations** au cours de la journée (interrogatoire d'un proche pour s'assurer de la rupture avec l'état antérieur).
- C. **Existence** d'une **autre perturbation cognitive** (déficit mémoire, orientation, langage, habileté visuospatiale…)
- D. Perturbations **pas mieux expliquées par l'existence d'un trouble neurologique préexistant.**
- E. Mise en évidence que la perturbation est la **conséquence directe d'une autre affection médicale, d'une intoxication ou d'un sevrage d'une substance.**

Sous-types de syndrome confusionnel	- **Confusion hyperactive (ou confuso-onirique)** → agitation psychomotrice au premier plan, onirisme potentiellement dangereux (actes auto- ou hétéro-agressifs). - **Confusion hypoactive** (ou forme stuporeuse) → apathie, repli sur soi, ralentissement psychomoteur (mauvais pronostic), parfois considéré à tort comme un état dépressif d'où retard diagnostique et moins bon pronostic. - Forme **mixte** = alternance imprévisible des 2 formes.
Dépistage	- Confusion Assessment Method (CAM) : 1. Début **aigu, fluctuation de l'évolution** / 2. Troubles **attention** / 3. **Désorganisation** du cours de la **pensée** ou **langage** / 4. Atteinte **vigilance.** → **Positif si 1 + 2 + (3 ou 4).**

DD

- **Aphasie de Wernicke** : propos incohérents, paraphrases, absence de compréhension, mais sans trouble de la vigilance, sans fluctuation nycthémérale et avec respect des autres champs cognitifs.
- **Trouble psychotique aigu** : décompensation psychotique, propos diffluent, avec éléments psychiatriques au 1er plan.
- **Ictus amnésique** : trouble aigu de l'enregistrement épisodique d'installation brutale, durant 6-8 h, spontanément réversible, sans confusion ni désorientation spatiale et avec vigilance conservée. Patient perplexe répétant les mêmes questions sans retenir les réponses (oubli à mesure).
- **Syndrome démentiel** : trouble chronique (> 6 mois), d'apparition progressive, sans variation nycthémérale.

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

- Identifier facteurs prédisposants : âge ≥ **80** ans**, trouble cognitif** sous-jacent, **immobilisation**, déficit **sensoriel** (visuel/auditif), **dénutrition**, **polymédication**, **comorbidités** multiples, ATCD de confusion, troubles de **l'humeur**… *(1 facteur → risque x5 de confusion, 2 facteurs → risque x9 de confusion).*
- Identifier facteurs précipitants : **infection**, pathologie **CV/neuro/endocrino/digestive, déshydratation, douleurs**, **toxiques** (alcool +++), **chirurgie** avec anesthésie **générale** (mais risque identique entre anesthésie locorégionale et générale), contention, privation sensorielle, **iatrogénie** +++.

Syndrome confusionnel fébrile	- **Méningo-encéphalite jusqu'à preuve du contraire +++** → PL au moindre doute avant scanner cérébral notamment si pas de déficit focalisé +++. - TTT anti-infectieux après la PL (sauf si **purpura fulminans**, **contre-indication à la PL** ou prise en charge hospitalière **> 90 minutes** → TTT initié sans délai).
Syndrome confusionnel non fébrile	Causes à évoquer : - **Toxique** : psychotropes, alcool, stupéfiants, médicaments… (sevrage ou excès de prise !) - **Métabolique** : acidocétose, coma hyperosmolaire, hypercapnie (décompensation BPCO), encéphalopathie hépatique… - **Neurologique** : hémorragie méningée, AVC, état de mal infraclinique, encéphalopathie de Gayet-Wernicke, hématome sous-dural ou extradural…

PEC INITIAL

C	- Interrogatoire de l'entourage et des secouristes : antécédents, traitements, contexte, mode d'installation. - Traquer une origine médicamenteuse (introduction récente d'un nouveau traitement, sevrage, surdosage) = 1re cause de syndrome confusionnel. - Examen général : signes généraux, infectieux, métaboliques.

<table>
<tr><td rowspan="6"></td><td></td><td colspan="2">- Examen neurologique : niveau de conscience, cotation du score de Glasgow, signes de localisation, signes méningés, orientation étiologique.
- Examen du scalp : signes de traumatisme récent, cicatrices de lésion ou d'intervention.
- Examen digestif : abdomen chirurgical, troubles du transit.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PC</td><td colspan="2">- Bilan minimal : NFS, ionogramme, créatininémie, calcémie, CRP, glycémie capillaire et veineuse, BU, saturation, ECG.
- Selon le contexte : RXT, TSH, bilan hépatique, dosage de traitement, alcoolémie, hémocultures en cas de fièvre, GDS, ECBU, EEG (si suspicion crise convulsive), PL.</td></tr>
<tr><td>Scanner cérébral</td><td>- En urgence : - Signes de localisation. - 1re crise d'épilepsie.
- Traumatisme crânien. - Modification de l'état de conscience.
- Céphalées brutales. - Suspicion d'hémorragie méningée.
- Chute dans des circonstances peu claires.
- En 2de intention après exclusion des principales causes non neurologiques de confusion.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">TTT</td><td colspan="2">➝ Hospitalisation immédiate généralement nécessaire.
- Seul le traitement étiologique permet d'améliorer l'épisode confusionnel : régression en quelques jours.</td></tr>
<tr><td>Mise en condition</td><td>- Maintien de la nutrition et de l'hydratation, si besoin par voie parentérale.
- Installation au calme, en chambre individuelle, avec lumière tamisée et porte ouverte, éviter risque de fugue, maintenir mobilité physique, favoriser présence des proches, lutter contre l'isolement sensoriel (lunettes/prothèses auditives).
- Surveillance régulière : conscience, constantes vitales.</td></tr>
<tr><td>En cas d'agitation</td><td>- Mesures non médicamenteuses de réassurance en 1re intention.
- Sédatif par voie orale ++ ou injectable : benzodiazépines à demi-vie courte en 1re intention (Alprazolam/Oxazépam), si agitation sévère ➝ neuroleptique atypique type rispéridone ou olanzapine (contre-indiqué si démence à corps de Lewy).
/ !\ Pas d'atarax ou de cyamémazine (anticholinergique !)
- Contention physique : en dernière intention, sur prescription médicale, se devant être temporaire et sous sédation chimique + surveillance infirmière régulière.</td></tr>
<tr><td>Mesures associées</td><td>- Arrêt de tous les médicaments non indispensables.
- Perfusion glucosé + vitamine B1-B6 (1 g/jour) et vitamine PP (500 mg/jour) chez l'éthylique.</td></tr>
<tr><td>PREV</td><td colspan="3">- Mesures non pharmacologiques : préservation neurosensorielle, mise en place repères spatiotemporels (calendrier+++), mobilisation précoce, respect du sommeil, hydratation et nutrition adéquats, éviter iatrogénie.
➝ Aucune mesure médicamenteuse n'a fait la preuve d'efficacité dans la prévention du syndrome confusionnel.
À distance d'un épisode confusionnel, dépistage nécessaire d'un trouble neurocognitif chez le sujet âgé.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">CAUSES</td><td>Cause neurologique</td><td colspan="2">- Hémorragie méningée
- Méningite et méningo-encéphalite : bactérienne, virale, parasitaire, prion
- Processus expansif intracrânien : tumeur (primitive ou MT), abcès cérébral, hématome
- Infarctus cérébral : du tronc cérébral, des noyaux gris de la base ou de grande taille
- Thrombophlébite cérébrale
- Traumatisme crânien : hématome sous-dural, extra-dural et intraparenchymateux
- Épilepsie : confusion postcritique, épilepsie partielle complexe, état de mal épileptique
- Toute pathologie neurologique chronique (SEP, Parkinson, Alzheimer…) avec un stress (fièvre déshydratation, etc.) → on parlera alors « d'épine irritative ».</td></tr>
<tr><td>Cause générale</td><td colspan="2">- Trouble hydroélectrolytique : . Hyponatrémie ou hypernatrémie.
. Hypokaliémie.
. Hypocalcémie ou hypercalcémie.
- Trouble glycémique : hypoglycémie, décompensation acidocétosique ou hyperosmolaire.
- Endocrinopathie : insuffisance surrénale aiguë, dysthyroïdie, insuffisance antéhypophysaire aiguë
- Viscérale : insuffisance hépatique, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire décompensée ou aiguë.
- Anémie.
- Hypoxie/anoxie cérébrale : arrêt cardio-respiratoire, état de choc.
- Hypercapnie.
- Trouble de l'équilibre acido-basique.
- Hypothermie.
- Post-opératoire.</td></tr>
<tr><td>Cause localisée</td><td colspan="2">= Sd douloureux, rétention urinaire, fécalome, embolie pulmonaire, trouble du rythme…
- Surtout chez le sujet âgé ➝ toute confusion chez le sujet âgé nécessite un examen général.</td></tr>
<tr><td>Confusion fébrile</td><td colspan="2">- Infection pulmonaire ou urinaire : NFS, VS/CRP, fibrinogène, hémocultures, ECBU, RP systématiques.
- Méningite ou méningo-encéphalite (signes méningés possiblement absents).
- Confusion fébrile prolongée résistant au traitement : foyer infectieux profond = endocardite, abcès.
- Confusion avec hypothermie : évoque un choc septique à BGN.
- Neuropaludisme = voyage récent en zone d'endémie palustre ?</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">- Autres causes fébriles : . Pathologie générale : arthrite microcristalline, maladie de Horton.
. Toxique : neuroleptique, anticholinergique, sevrage alcoolique.</td></tr>
<tr><td></td><td>Toxique</td><td colspan="2">- Alcool :
. Éthylisme aigu : possiblement avec d'autres causes intriquées (traumatisme, hypoglycémie…)
. Sevrage : pré-délirium (sueurs, anxiété, tremblement) puis delirium tremens (confusion, délire onirique, agitation, trouble de la marche et de la parole, fièvre, déshydratation).
- Toxicomanie : cocaïne, opiacés (pupilles en myosis), LSD, amphétamine…
- Intoxication au CO.</td></tr>
<tr><td></td><td>Iatrogène</td><td colspan="2">= Tout médicament est potentiellement une cause de confusion, notamment aux changements de posologie/associations.
- Traitement à haut risque : anticholinergique, benzodiazépine, antiépileptique, corticoïdes, L-dopa, agoniste dopaminergique, antihistaminiques H2, digoxine, fluoroquinolone, lithium.
➝ Ataxie, dysmétrie, tremblement : évocateur de cause iatrogène ou toxique.
➝ Mydriase bilatérale : évocatrice d'une intoxication aux anticholinergiques ou sympathomimétique.
- Sevrage : barbituriques, benzodiazépines, opiacés.</td></tr>
<tr><td></td><td>Carence</td><td colspan="2">- Encéphalopathie de Gayet-Wernicke (carence en B1) : troubles oculomoteurs, signes cérébelleux, troubles de la marche.
- Pellagre (carence en PP) : atteinte cutanée (desquamation, glossite), signes extrapyramidaux, diarrhée.
- Carence en vitamine B12 ou folates.
➝ Prévention systématique chez tout patient dénutri ou éthylique chronique : apport systématique en vitamine B1-B6 (1 g/j) et PP (500 mg/j) IV.</td></tr>
<tr><td></td><td rowspan="3">Confusion psychiatrique</td><td colspan="2">= Diagnostic d'élimination, parfois difficile chez un patient aux atcds psychiatriques.</td></tr>
<tr><td>En faveur d'une étiologie organique</td><td>- Onirisme avec hallucinations ou illusions (essentiellement visuelles).
- Thème non spécifique.
- Délire onirique non systématisé.
- Sans idée d'influence ou d'automatisme mental.</td></tr>
<tr><td>En faveur d'une étiologie psychiatrique</td><td>- Polymorphisme des mécanismes délirants.
- Hallucinations auditives.
- Multiplicité des thèmes (délire polymorphe).</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">➝ Les causes métaboliques et toxiques sont les plus fréquentes, après les causes iatrogènes.
➝ Plusieurs causes peuvent être associées chez un patient.</td></tr>
</table>